

多職種連携の
ための

安芸府中

スマイル



ガイドブック

～会おう、話そう、高齢者の笑顔のために～



府中町 PR キャラクター「椿ファミリー」

令和 8 年 8 月
安芸いかの会

はじめに

急速な高齢化と医療提供体制の見直しによる在宅医療と介護ニーズの高まりが課題であるため、H26 年度より「在宅医療・介護連携推進事業」の一環として、多職種連携の意見交換会である「ワールド・カフェ in 府中町」を続けてきました。

そして、「ワールド・カフェ in 府中町 2025」の中の意見から、「顔の見える連携」の推進が課題として挙がり、ワーキングチームである「安芸いかの会」のメンバーで課題に取り組むこととなりました。「顔の見える連携」を推進するために、府中町版の「多職種連携ガイドブック」の作成に取り組むこととなり、4 回の会議を重ねて、「安芸府中スマイルガイドブック」が完成しました。

この「安芸府中スマイルガイドブック」は多職種連携における安芸いかの会のメンバーの熱い思いが詰まった内容になっており、ガイドブックの活用によって、「笑顔の見える多職種連携」が推進すること目的としています。そして、最終的には、高齢者の皆さんの笑顔につながることを願います。

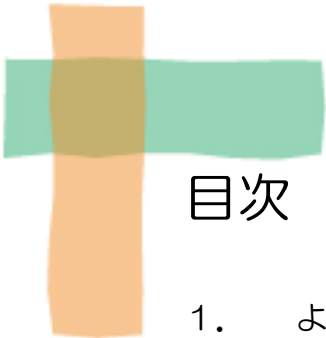
また、このガイドブックは、皆様のご意見等によって改訂・修正していくものとなっております。ご理解・ご協力をお願いいたします。

府中町の多職種連携の理念

府中町の輪の中で
会おう、話そう、高齢者の笑顔のために
～be smile～

府中町の輪の中で→ 府中町域の医療・介護の職種のネットワークの中で
会おう、話そう、→ 会って話すことが大切！！
高齢者の笑顔のために→ 多職種連携の最終目的はコレです！！
be smile→ やっぱ、笑顔が一番！！

☆ この理念は安芸いかの会メンバーで決めました。



目次

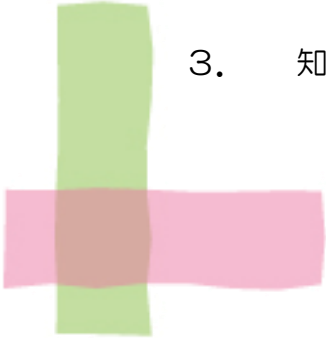
1. よりよい多職種連携のために

- 1) すべての職種の方へ・・・・・・・・・・・・・・・・・4
- 2) ケアマネジャーのみなさんへ・・・・・・・・・・・・・・5
- 3) 医師・歯科医師のみなさんへ・・・・・・・・・・・・・・6
- 4) 薬剤師のみなさんへ・・・・・・・・・・・・・・・・・7
- 5) 病院・診療所のスタッフのみなさんへ・・・・・・・・・・8
- 6) 訪問看護師のみなさんへ・・・・・・・・・・・・・・・・・8
- 7) 在宅サービスのスタッフのみなさんへ・・・・・・・・・・9
 - ・訪問介護・通所介護のスタッフのみなさんへ
 - ・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションのスタッフのみなさんへ

2. 多職種・多機関を知ろう

- 1) 介護支援専門員・・・・・・・・・・・・・・・・・11
- 2) 病院連携室・・・・・・・・・・・・・・・・・13
- 3) 訪問診療・・・・・・・・・・・・・・・・・15
- 4) 訪問歯科診療・・・・・・・・・・・・・・・・・17
- 5) 薬剤師・・・・・・・・・・・・・・・・・19
- 6) 訪問看護・・・・・・・・・・・・・・・・・21
- 7) 訪問リハビリテーション・・・・・・・・・・・・・・24
- 8) 小規模多機能ホーム・・・・・・・・・・・・・・・・・26
- 9) 訪問介護・・・・・・・・・・・・・・・・・28
- 10) 通所介護・・・・・・・・・・・・・・・・・29
- 11) 通所リハビリテーション・・・・・・・・・・・・・・30
- 12) 短期入所生活介護・・・・・・・・・・・・・・・・・31
- 13) サービス付き高齢者向け住宅・・・・・・・・・・・・・・32
- 14) 地域包括支援センター・・・・・・・・・・・・・・・・・34

3. 知っていますか？安芸いかの会・・・・・・・・・・・・・・35





1.よりよい多職種連携のために

1) すべての職種の方へ

- ① 日頃から情報交換をして、相談しやすい、顔の見える関係を作っておきましょう。
- ② 多職種と連携する際は、伝え方を分かりやすく工夫しましょう。
 - ・専門用語は、できるだけ使わず、分かりやすい言葉を使いましょう。
 - ・他分野の基本的な専門用語は日頃から学んでおきましょう。
 - ・多職種連携ツールを活用しましょう。
 - ・伝えたい内容は、簡潔明瞭に伝えましょう。
 - ・急ぎの時は、どの程度急ぐか伝えましょう。
- ③ お互いに、思いやりを持ち、話しやすい雰囲気づくりを心がけましょう。
- ④ 相手の立場を考え、お互いの専門性を理解し、相手を尊重して連携を取りましょう。
 - ・相手に無理をさせないように、自分も無理をしないようにしましょう。
→無理をすると余裕がなくなり、患者・利用者に迷惑がかかるため。
 - ・マナーを守りましょう。
- ⑤ 担当不在の際にも、連絡がとれる体制を整えておきましょう。また、代理で応答した人が内容の記録を取り、担当が確実に対応できるようにしましょう。
- ⑥ カンファレンス・担当者会議などの日程調整は早めに行いましょう。
- ⑦ 利用者の名前は間違えないように、フルネームと生年月日で伝えましょう。また、相手に情報を正確に伝えられるように個人ファイル等を準備しましょう。
- ⑧ 多職種間で情報共有することについて、本人の同意を取るようにしましょう。



be smile ポイント！！

★会って話すときは、できるだけ笑顔を😊電話の時は、笑顔が想像できる声のトーンを😊心がけましょう。

2) ケアマネジャーのみなさんへ

- ① 関係機関に連絡するときは、事前に聞きたい内容や伝えたい内容を整理して明確にしましょう。また、相手に職名を名乗り、連絡目的を簡潔に伝えましょう。
- ② 各関係機関への訪問の前に、アポイントメントを取り、訪問の目的をしっかりと伝えましょう。
- ③ サービス担当者会議には、介護保険サービス事業所やかかりつけ医・かかりつけ歯科・かかりつけ薬局にも声をかけましょう。
- ④ 日頃から、かかりつけ医・かかりつけ歯科・かかりつけ薬局と情報交換をしておきましょう。
- ⑤ 入院時は、病院と早めに連絡をとり、退院時にスムーズに連携が取れるようにしておきましょう。
- ⑥ 医療面に関する、小さな変化や気づき、不安な点があれば、専門職へ相談するようにしましょう。
- ⑦ 医師への緊急報告の際、本人の言っている話だけでなく、客観的な情報を伝え、緊急性があることの根拠を示しましょう。



be smile ポイント！！

★出来る範囲で、なるべく会って情報交換をしましょう。

★医療機関への苦手意識をできるだけ持たずに、積極的に連携していきましょう。→医療機関は、いつでも welcome です 🍵



3) 医師・歯科医師のみなさんへ

- ① 日頃から、患者さんの生活状況にも、できるだけ興味を持ち、ケアマネジャーや訪問看護師と情報交換をしておきましょう。
- ② ケアマネジャーやサービス事業所の診察の立ち合いの必要性のご理解をお願いします。
- ③ リハビリテーション専門職・薬剤師とも連携を取りましょう。
- ④ 必要時は、医師同士での連携を取ることもお願いします。
- ⑤ ケアマネジャー等からの緊急性のある報告について、ご理解をお願いします。
- ⑥ 患者さんの家に訪問される際、居宅療養管理指導（介護保険）を算定する時は、ケアマネジャーに伝えましょう。（介護保険の場合、ケアマネジャーがプランに記載する必要があるため）
- ⑦ 各種書類の記入について、読みやすい字で、分かりやすい言葉でお願いします。



be smile ポイント！！

★ケアマネジャーや訪問看護師から面談の希望があったら、無理のない範囲で応じて下さい。

知っていますか？地域ケア会議

地域ケア会議とは、高齢者など「何らかの支援を必要とする」人々が、住み慣れた地域で安心して生活が続けられるように、関係する機関や地域の方が集まって個別課題や地域課題を話し合う会議です。地域ケア会議の主催者は、地域包括支援センターまたは市町村と決められています。

- ① 日頃から、ケアマネジャーや訪問看護師と情報交換をしておきましょう。
- ② 医師やリハビリテーション専門職とも連携を取りましょう。
- ③ ケアマネジャーから担当者会議の出席依頼が来たら、できるだけ参加しましょう。



知っていますか？
府中町域の介護事業所マップ

[illegible]

5) 病院・診療所のスタッフのみなさんへ

- ① 退院日の予定は早めにケアマネジャーへ伝えましょう。
- ② 退院調整の際は、できるだけケアマネジャーと連携・情報交換をしましょう。
- ③ 入院中に病状変化があった際、退院後のサービス調整が必要な際は、退院前カンファレンスを開きましょう。
- ④ 退院時は、入院中や退院時の薬の情報をかかりつけ薬局へ引き継ぎましょう。
- ⑤ 退院時は、情報提供してくれたケアマネジャーへ退院サマリーを送りましょう。



be smile ポイント！！

★出来る範囲で、なるべく会って情報交換をしましょう。

6) 訪問看護師のみなさんへ

- ① 日頃から、ケアマネジャー・かかりつけ医・かかりつけ歯科・かかりつけ薬局と情報交換をしておきましょう。
- ② ケアマネジャーから担当者会議の出席依頼が来たら、できるだけ参加しましょう。
- ③ 多職種からの緊急時連絡の対応ができる体制を整えておきましょう。



be smile ポイント！！

★出来る範囲で、なるべく会って情報交換をしましょう。

7) 在宅サービスのスタッフのみなさんへ

＜訪問介護（ヘルパー）・通所介護（デイサービス）のスタッフのみなさんへ＞

- ① 訪問介護は、在宅支援の要です。利用者の生活面の変化や問題に気付いた時は、ケアマネジャーに相談しましょう。
- ② 通所介護は、在宅生活の要です。日々の状態変化を丁寧に把握し、得られた情報は関係職種及びご家族と速やかに共有しましょう。
- ③ 本人等との会話や状況から、気になることがあれば関係職種やご家族に連絡しましょう。



be smile ポイント！！

- ★利用者の小さな気付きを共有して、支援の流れを繋げましょう。
- ★多職種連携で顔を合わせるときは、笑顔を意識しましょう。



＜訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション（デイケア）のスタッフのみなさんへ＞

- ① 在宅で関わる療法士の方は、利用者の身体機能維持における支援の要です。身体機能、動作能力の把握をし、関係機関と情報共有をしましょう。
- ② 住環境を整える必要があると判断した時は、ケアマネジャーに相談・提案をしましょう。



be smile ポイント！！

- ★生活機能、身体機能の気付きを共有して、利用者の目標達成に繋がる支援を行いましょう。
- ★多職種連携で顔を合わせるときは、笑顔を意識しましょう。



2.多職種・多機関を知ろう

Check!

1) 介護支援専門員（ケアマネジャー）

こんな仕事をしています！！

- ・利用者や家族の相談対応
- ・介護保険サービスの説明、提案。サービスの調整
- ・入退院時に病院の連携室と情報連携
- ・要介護の方（月1回以上）、要支援の方（3ヶ月に1回以上）の頻度で自宅を訪問してモニタリングを実施します。

サービスを受けられる対象者は？

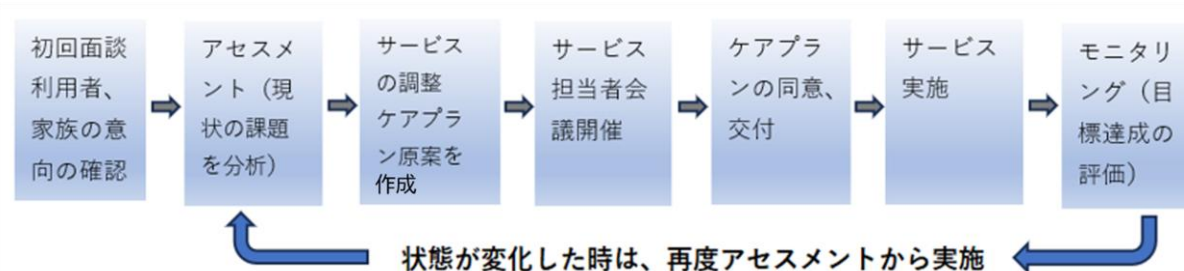
- ・要支援、要介護の認定を受けた方
 - ・要介護認定の申請代行も行います。
- 第1号被保険者（65歳以上の方）、第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者で16の特定疾病の診断を受けている方）が申請の対象になります。

こんな相談を受けています！

- ・一人暮らしで生活に不安がある
- ・介護サービスを受けるにはどうしたらいい？
- ・足が弱って玄関の段差の上り下りが難しくなったので手すりを付けたい。
- ・家族の介護負担が大きく、どうすればよいか悩んでいる。
- ・退院後の生活が不安で、在宅生活の準備をしたい。 など多岐にわたります！

サービス導入までの流れ

Next



多職種のみなさんに知っておいて欲しい事

○できること

- ・介護保険の手続き全般
- ・本人、家族の意向に沿った、介護サービスや地域資源の活用の提案

○できないこと

- ・直接的な介護や医療行為
- ・本人の代わりに全てを決定すること
- ・金銭管理、契約の代理
- ・24時間現場に駆けつけるような対応

○アピールしたいこと

利用者、家族に寄り添い、目標を叶える支援を行います。



担当者会議とは？

ケアマネジャーが、ケアプラン原案を作成し、サービス調整を行った後、サービス担当者を集めてケアプランの内容を検討する会議を開きます。このサービス担当者会議は、利用者の状態像の変化などにより、ケアプランを変更する際にも開きます。

サービス担当者会議は、ケースにかかわるサービス機関が一堂に会する貴重な場であり、チームケアを進めるうえで欠かせないものです。ケアマネジャーはここで、関係者を招集したり、司会進行を行ったりと重要な役割を担います。



2) 病院連携室

こんな仕事をしています！！

地域（患者、家族、医療機関などの関係施設）との窓口として、地域医療の質向上のための連携強化の役割を担っています。紹介患者さんの受診調整をはじめ、入院から退院、そして地域での療養生活へとスムーズに移行できるよう、多職種が連携して必要な支援を行っています。

サービスを受けられる対象者は？

当院に通院中、または入院中の患者さん及びそのご家族が対象です。

- ・退院後の生活や介護体制に不安がある方
- ・介護保険をはじめとする福祉サービスの申請・利用方法が分からない方
- ・医療費の支払いや生活の維持に課題がある方
- ・病状や生活状況の変化により、転院や施設入所を検討する必要がある方など

こんな相談を受けています！

地域の医療機関や施設、ケアマネジャー、訪問看護ステーション等と連携し、受診の調整及び地域での療養生活に向けた支援を行っています。

〔地域の医療機関〕

- ・紹介患者の受診調整、他医療機関への紹介、転院受け入れ調整

〔患者さん、ご家族〕

- ・退院するにあたり、自宅での生活や介護が不安で何を準備すればいいかわからない
- ・自宅での医療処置が必要になるが、どのようなサポートが受けられるか知りたい
- ・介護保険の申請方法や使えるサービスについて教えてほしい
- ・入院費や医療費の支払いが心配。利用できる制度について知りたい など

Next →



入院から退院までの支援の流れ

- 1) アセスメント：入院早期より、患者さんの身体状況、ADL、家庭環境、介護力、生活上の課題等を把握します。
- 2) 支援計画の策定：主治医や病棟スタッフ、患者さん、ご家族と相談し、退院に向けた方向性や必要な支援内容を決定します。
- 3) 多職種多機関連携：必要に応じて、訪問診療の先生やケアマネジャー、訪問看護師等と連携し、具体的な支援内容を共有します。状況により退院前カンファレンスや退院前訪問を行うこともあります。
- 4) サービス調整・引継ぎ：退院時には、診療情報提供書や看護サマリー、リハビリサマリー等を用い、詳細な情報を地域の関係機関へ提供します。

多職種のみなさんに知っておいて欲しい事

【できること】

- ・退院前のリハビリ見学、退院前訪問、退院前カンファレンスの調整を行っています。

【できないこと】

- ・入院については、国が定めた平均在院日数の基準や、治療の緊急度に応じた運用のルールがあるため、すべてのご要望にはお応えできない場合があります。

【アピールしたいこと】

- ・「安芸いかの会」で作成した多職種連携ツールを活用し、病院と在宅医療・在宅介護が切れ目なく連携できる体制作りに取り組んでいます。お気軽にご相談ください。





3) 訪問診療

こんな仕事をしています！！

- ・ご自宅や施設へ訪問し、日常的な診療を行います。
- ・体調の変化を早期に捉え、重症化の予防に努めています。
- ・処方や医療処置、療養上のアドバイスを行います。
- ・ご本人・ご家族が安心して過ごせるよう支援します。
- ・急変時にも対応できる体制を整えています。

サービスを受けられる対象者は？

- ・ 外来通院が難しい方
- ・ 退院後、自宅や施設で療養される方
- ・ 継続的な医療管理が必要な方
- ・ 医療処置が必要な方（在宅酸素、点滴など）

こんな相談を受けています！

- ・ 通院が難しくなってきた
- ・ 在宅医療へ切り替えたい
- ・ 退院後の生活に不安がある
- ・ 自宅で最期まで過ごしたい
- ・ 制度や費用について知りたい

サービス導入までの流れ

- ① 相談・お問い合わせ ↓
- ② 状況確認（病状・生活環境など、状況に応じて退院前カンファレンスを実施） ↓
- ③ 医師と受入れ調整 ↓
- ④ ご説明・契約 ↓
- ⑤ 初回訪問日の調整 ↓
- ⑥ 訪問診療開始 ↓
- ⑦ 多職種と連携し継続支援 ↓



多職種のみなさんに知っておいて欲しい事

- できること：
→ 診療・処方・医学的判断・在宅療養支援
- できないこと：
→ 日常生活支援（介護分野は連携が必要）
ケアマネジャーと協同で支援していきます。
- アピールしたいこと：
→ ご相談から導入までを迅速に対応し、
地域との連携を大切にしながら安心して在宅での生活ができるよう
スムーズに支援しています。



居宅療養管理指導とは？

要介護状態となった場合でも、利用者が可能な限り居宅で、有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士又は歯科衛生士等が、通院が困難な利用者の居宅を訪問して、心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものです。





4) 訪問歯科診療

こんな仕事をしています！！

在宅訪問歯科（歯科訪問診療）とは、高齢や病気、ケガなどにより歯科医院へ通院できない方の自宅や介護施設に、歯科医師や歯科衛生士が伺い、歯科治療や口腔ケアを行う医療サービスです。

サービスを受けられる対象者は？

歯科医院への自力通院が困難な方（年齢制限はありません）。主に寝たきりの方や、認知症、重い持病をお持ちの方などが対象です。

こんな相談を受けています！

以下の相談に対して対応しています。

歯科治療：虫歯や歯周病の治療、入れ歯の作製や調整・修理

口腔ケア：誤嚥性肺炎の予防や口臭対策のための、専門的な歯垢・歯石の除去

リハビリ：嚥む力や飲み込む力（嚥下機能）を維持・向上させるためのトレーニング

サービス導入までの流れ

- 【1. 申し込み】 歯科医院・ケアマネジャーへ連絡 現在の状況や希望を伝える
- 【2. 日程調整】 初診の日時を決定 保険証やお薬手帳を準備
- 【3. 初診・検診】 自宅で口腔内と全身の確認 診療スペースの確認
- 【4. 計画と同意】 治療内容・期間・費用の説明 納得した上で治療へ同意
- 【5. 治療・ケア開始】 ベッドや車椅子のまま治療 終了後は定期ケアへ移行



多職種のみなさんに知っておいて欲しい事

「その方の今の状態に合わせた応急処置や負担の少ない治療」が基本となります

現状に応じた治療（主な対応）

- ・痛みの除去（除痛）：歯の痛みや、入れ歯が当たって痛む部分の削り調整
- ・感染のコントロール：化膿している部分の洗浄や、抗生物質などの処方
- ・食事の支援：噛みにくい原因（入れ歯のズレなど）を直し、今できる範囲で食べやすくする

＜できないこと・難しいこと＞

- ・大がかりな手術：深く埋まった歯の抜歯などは、出血や全身状態の急変に対応しにくい
ため困難です。

在宅訪問歯科は、単に「歯を治す」だけでなく、「ご家族の介護負担を減らし、ご本人の生きる元気を引き出す」ための大切な医療サービスです。



ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは？

ACP とは、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning）の略称で、もしものときのために、望む医療やケアについて前もって考え、ご家族や医療・ケアチームなどと繰り返し話し合い、共有する取り組みのことです。ACP について、もっと知っていただくために愛称を公募、選定の結果、2018 年 11 月に「人生会議」に決まりました。



5) 薬剤師

こんな仕事をしています！！

薬剤師の仕事“薬局では、処方箋に基づく調剤・患者への服薬指導・薬歴管理・一般用医薬品（OTC）の販売、薬や健康に関するさまざまな相談を受けています。在宅患者さん宅に出向いてサポートしています。服用薬の1包化（服用日の印字対応など）薬の効果（薬の適正使用の確認）や副作用のチェック・飲み合わせの確認（重複投与）残薬の管理、お薬カレンダーの使い方の説明などにも対応しています。その他、災害時の衛生用品の調達なども行っています。

サービスを受けられる対象者は？

通院困難患者に対して、「訪問薬剤管理指導」（医療保険）と「居宅療養管理指導」（介護保険）の利用を提案します。

こんな相談を受けています！

お薬が余っている・お薬が飲みづらいなど、服用に関する相談を受けています。
ご高齢のため外来通院が難しくなった患者さんのご家族から、相談を受けて在宅へ移行した例がありました。

サービス導入までの流れ

「医療保険」在宅患者訪問薬剤管理指導

患者の同意→薬学的管理指導計画書の作成→お薬の準備・訪問準備→訪問薬剤管理指導→主治医などへ文書による情報提供

「介護保険」居宅療養管理指導

患者の同意→薬学的管理指導計画書の作成→お薬の準備・訪問準備→訪問薬剤管理指導→主治医・ケアマネージャーなど文書による情報提供

Next →



多職種のみなさんに知っておいて欲しい事

- できること：患者さんが服薬しやすい様に、医師と連携して飲み方や、剤形を変更することが出来ます。
- できないこと：症状に対する診断行為、直接患者に触っての医療行為（グレーゾーン有）は出来ません。
- アピールしたいこと：医師から発行された処方箋を受け付け、お薬をお渡しする私達薬剤師はより身近に患者さんの本音を聞くことができるため、在宅への移行などの橋渡しの存在になれるのではないかと考えています。



安芸地区在宅医療・ 介護連携支援センターとは？

在宅医療・介護連携支援センターは、医療と介護の連携に係る業務を担う機関として、地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する事項の相談の受付を行います。

＜相談の例＞

- 訪問診療や往診を実際に行なっている医師を探したけれど見つからない。
- 医療依存度の高い利用者の在宅療養にはどのように準備をしたらよいのでしょうか。
- 在宅での緩和ケアや看取りを行なっている医師や訪問看護を探したけど見つからない。
- ケアマネジャーが一人だけなので、退院調整への関わりが不安である。

＜相談受付＞ 安芸地区医師会

TEL：082-554-6600 FAX：082-823-7143



6) 訪問看護

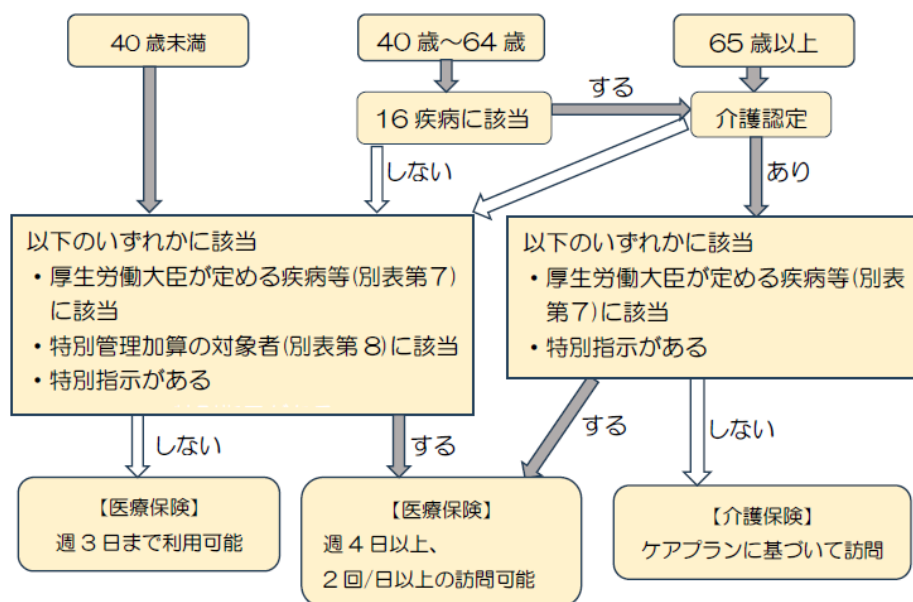
こんな仕事をしています！！

看護師やリハビリ職がお住まいを訪問し、療養生活を送っている方の看護を行うサービスです。具体的には、病状の観察・医療機器の管理・医師の指示による医療処置・リハビリテーション・在宅療養のお世話・在宅緩和ケア・介護予防・薬の相談や指導・ご家族等への介護支援や相談・認知症や精神、心理的ケアなどです。本人や家族の意思、ライフスタイルを尊重して、QOL が向上できるよう予防的支援から看取りまでを多職種と協働しながら支援します。

サービスを受けられる対象者は？

病気や心身の障害のために、療養生活の支援を必要とする方や終末期ケアを必要とする方。乳幼児から高齢者まで、かかりつけ医が訪問看護の必要を認めたすべての方が受けられます。介護保険または医療保険の制度を利用してサービスを提供します。年齢や疾病の種類によって、利用する保険が決まります。

訪問看護の保険適応フローチャート



- 精神科訪問看護（認知症を除く）においては、医療保険適応で週3日まで利用可能。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等(別表第7)・特別管理加算の対象者(別表第8)・退院後3月以内・特別指示がある・医師の指示により、時間区分・訪問日数・訪問回数の限度が変更となります。

Next

こんな相談を受けています！

Q：入院して人工肛門を造設したのですが、管理に不安があり訪問看護を利用したいです。介護が必要な状態ではないですが、利用できますか？

A：主治医の指示書があれば可能です。日常生活が自立している場合は、介護保険を申請せずに医療保険で訪問看護を利用することが出来ます。

Q：困ったときだけ訪問看護に来てもらう事は出来ますか？

A：少なくとも2回/月程度の定期的な訪問がないと対応が難しいです。体調の安定している状態を把握して初めて緊急対応ができます。

Q：介護の必要な状態ですが、野球観戦に行きたいです。訪問看護に付き添ってもらう事は出来ないですか？

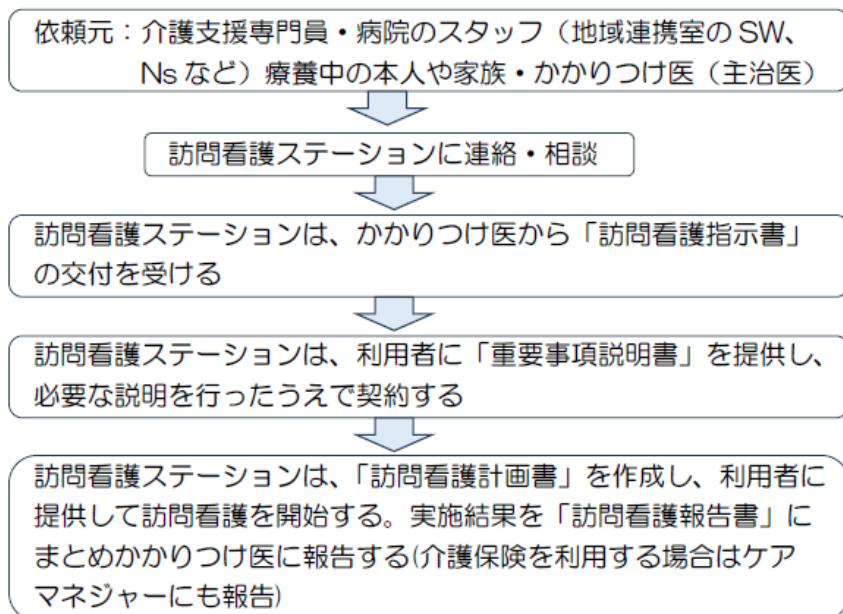
A：訪問看護を利用中の方であれば、オプション対応が可能な場合があります。利用中の訪問看護ステーションに相談してみてください。

Q：残薬もあり、内服管理に困っています。整理してきちんと内服できるようにまとめてもらえますか？

A：訪問看護の訪問で解決できる状況であれば、その場で整えていきます。大量の残薬や一包化への変更、配達等が必要な場合は薬剤師さんの介入も提案していきます。

サービス導入までの流れ

訪問看護を提供するときの流れ



Next

* 訪問看護のご利用をお考えの場合やこういった場合はどうなる？など、疑問に思われた時は、お近くの訪問看護ステーションに遠慮なく相談ください。

多職種のみなさんに知っておいて欲しい事

- 24 時間対応体制加算（医療保険）or 緊急時訪問看護加算（介護保険）の契約により 24 時間 365 日対応可能です。
- リハビリ職によるターミナル期の介入もできます（リラクゼーションやポジショニングによる痛みの緩和、排痰援助など）
- 迷うケースがあれば気軽に相談ください。最善の解決策を一緒に考えていきます。



在宅医療・介護連携推進事業とは？

平成 26 年に介護保険法が改正され、平成 27 年から市町村が行う事業として、地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置付けられました。ワールド・カフェや多職種連携勉強会、安芸いかの会もこの事業に位置づけられています。

<事業内容>

- 地域の医療・介護の資源の把握
- 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築の推進
- 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- 地域住民への普及啓発
- 医療・介護関係者の情報共有の支援、知識の習得等のための研修などの地域の実情 に応じた医療・介護関係者の支援



7) 訪問リハビリテーション

こんな仕事をしています！！

訪問リハビリテーションでは、理学療法士・作業療法士などの専門職が自宅を訪問し、利用者が可能な限り自立した生活を送ることができるように、個人に合わせたリハビリを行います。

主なサービス：機能訓練、日常生活動作練習、福祉用具・住宅環境への助言、家族の支援など

サービスを受けられる対象者は？

- ・ 要支援 1-2、要介護 1-5 の認定を受けていること
- ・ 主治医から「リハビリテーションが必要である」という指示や診断があること
- ・ 自宅で生活していること

こんな相談を受けています！

- ・ 病院への通院や外出が安心してできるようになりたい
- ・ 自宅の環境に合わせた生活動作を身につけたい
- ・ 退院・退所したので、自宅で安心して生活ができるようになりたい
- ・ 介護している家族の負担を減らしたい

サービス導入までの流れ

- ① 担当のケアマネジャーに相談
- ② 訪問リハビリテーション事業所の選定・状況の確認
- ③ 主治医への確認・指示書の作成（必要に応じて診療情報提供書の作成）
- ④ 訪問リハビリテーション事業所との契約・サービス担当者会議の実施
- ⑤ ケアプランの確定
- ⑥ 訪問リハビリテーション利用開始

Next

多職種のみなさんに知っておいて欲しい事

- できること：理学療法士、作業療法士などの専門職が適切な個別リハビリを行います。
自分で動くことが難しい利用者が自宅で安心してリハビリを受けられます。
利用者の実際の生活環境で練習をするため、日常の生活に直結しやすい。
- できないこと：自宅で行うため、病院等にあるリハビリ機器を用いた練習はできません。
- アピールしたいこと：リハビリ専門職による根拠ある評価・オーダーメイドな治療
実際の生活場面での実践的練習
利用者のみならず家族への支援・助言で包括的支援が可能



医療・介護多職種の連携ツールとは？

医療と介護が必要になっても、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるためには、本人に関わる医療・介護関係職種（機関）の適切な連携によって、サービス提供されることが重要です。そこで、H29年5月に「安芸いかの会」が、医療・介護関係職種（機関）の連携と情報共有を円滑にするためのツールを作成しました。このツールを活用し、関係職種（機関）間で、より活発な連携が行われ、よりよい医療や介護サービスが提供されることを目指します。

<ダウンロード>

安芸地区医師会 HP

<http://www.aki.hiroshima.med.or.jp/chiiki/zaitaku.php>

府中町 HP

<https://www.town.fuchu.hiroshima.jp/site/koureikaigok/a/7292.html>

府中町地域包括支援センターHP

<https://akifuchu-shakyo.jp/pages/43/>



8) 小規模多機能ホーム

こんな仕事をしています！！

小規模多機能ホームは、ご利用者の生活スタイルに合わせて1つの事業所で「通い」「訪問」「泊まり」を組み合わせサービスを利用できます。
介護が必要になっても住み慣れた地域の中で、暮らし続けたいと思われているご利用者の在宅生活を支えられるようにサポートしていく事業所です。
顔なじみの職員が柔軟に対応し、地域に密着し、一人ひとりの生活リズムや状態に合わせた支援を提供する事が特徴です。

サービスを受けられる対象者は？

地域密着型の小規模多機能ホームを利用できる対象者は、次の要件を満たす方です。

- ・ 要支援1～要介護5の認定を受けている方
- ・ 府中町に住民票がある方（地域密着型のため他市町村の方は利用不可）
- ・ 在宅生活を継続されたい意思のある方

つまり、「介護が必要で、府中町に自宅があり住み続けたい方」に限定されるのが大きな特徴です。

こんな相談を受けています！

- ・ 退院後独居生活が無理になった、施設入所の順番が来ないがどうすれば良いか
- ・ ショートステイがとれなくて困っている、家族の介護負担が大きくなった
- ・ 遠方の子供達から「様子が変わるがどうすれば良いか」今までと同じように支援ができなくなった
- ・ 夫婦二人暮らしだったが一人になった時どうすれば良いか
- ・ ご利用者の介護の手間が増え現状のデイサービスや訪問介護では対応しきれず自費負担が発生するようになった
- ・ 利用料金について
- ・ 送迎はあるか
- ・ 医療依存度が高い方の受け入れについて



サービス導入までの流れ

問い合わせ・相談（要介護認定を受けておられない方は包括支援センターへ繋がります）
→施設見学・面談→管理者・ケアマネジャーが自宅訪問、アセスメント（利用の調整）
→利用申し込み、重要事項説明書、契約→担当者会議（ケアプラン（通い・訪問・宿泊）を柔軟に組み合わせて1ヶ月の予定を決める）→個別計画、利用票説明→利用開始

多職種のみなさんに知っておいて欲しい事

できること

- ・小規模多機能ホームは、「通い・訪問・宿泊」が同事業所で提供できるため柔軟に組み合わせ、在宅生活を切れ目なく支えるサービスです。事業所内に居るケアマネや顔なじみの職員が継続的に関わる、同じ施設に通い、その施設で泊りが利用できる、状態の変化に早く気づき予定変更や受診支援などの対応ができることが最大の強みです。
- ・福祉用具貸与・購入、住宅改修、居宅療養管理指導は引き続き継続できます。
- ・訪問看護・リハビリは利用可能ですが、自費負担が発生する場合があります。

できないこと

- ・今まで担当されていた馴染みのケアマネジャーから小規模多機能型居宅介護のケアマネジャーに変更となります。
- ・今まで利用していた他事業所のデイサービス・ショートステイ・訪問介護・訪問入浴は利用できなくなります。
- ・自宅での生活を基本としているため長期入所施設ではありません。（施設入所申し込みをされて泊まりを継続しながら順番を待っているかたもおられます）
- ・事業所内に看護職員はいますが、医療依存度の高い方の利用は難しい場合があります。

アピールしたいこと

- ・多職種の皆様には、早期からの情報共有と連携によって入院や施設入所を防ぎ、地域での生活継続を支える役割があることを知っていただきたいです。施設入所を検討する前に小規模多機能に連絡・相談して頂きたいです。
- ・在宅での生活が1日でも長く続けられるように、通い・訪問・泊りのサービスを調整していきます。
- ・通いと泊りが同一施設内で利用できるため認知症高齢者が馴染みやすく、日頃から様子が分かっているため職員が戸惑い無く支援ができる、ご家族の安心にも繋がるのではないかと思います。



9) 訪問介護（ホームヘルプサービス）

こんな仕事をしています！！

介護が必要な高齢者の居宅を訪問して、身体介護や生活援助、外出時の移動介護、相談、助言等を行う仕事です。いつまでも住み慣れた自宅で安心して生活ができるように援助し家族の介護負担の軽減が図れるように支援しています。

身体介護（利用者の体に直接触れて行う介助）

・食事の介助 ・入浴の介助 ・排泄の介助 ・移動時の介助 ・通院介助等

生活援助（日常生活上の援助）

・調理 ・洗濯 ・掃除 ・買い物等

＊介護保険でできる支援とできない支援があるのでその都度聞いてください。

サービスを受けられる対象者は？

介護保険（要介護 1～5・要支援 1.2 事業対象者）の認定を受けている人対象です。

こんな相談を受けています！

「最近一人でお風呂に入る事が難しくなって困っている。誰かに手伝って欲しい」

「今までは買い物に行けていたのに一人で行くことができなくなった」

「腰が痛くて掃除が難しくなった」

「認知症で調理方法がわからなくなって困っている」

「おむつ交換がだんだん負担になってきた。等

多職種のみなさんに知っておいて欲しい事

・できること：介護保険での身体介護、生活援助

・できないこと：同居家族がいる場合の生活援助（条件があるので要確認）

本人以外の支援（例えば夫の調理、洗濯、ペットの世話等）

医療行為（内容によっては可能な事もあるので要確認）

・アピールしたいこと：訪問介護員は自宅での支援が中心です。利用者の気持ちに寄り添い体調や生活の変化に気づき安心して生活ができるように心がけています。利用者ごとに細やかな対応ができ相手のペースに合わせた対応を行っています。



10) 通所介護（デイサービス）

こんな仕事をしています！！

送迎、入浴、食事、リハビリ、レクリエーションを中心に行っています。すべての動きに対して難しい所をサポートいたします。

サービスを受けられる対象者は？

総合事業（事業対象者・要支援1・2）要介護（1～5）の方となります。

こんな相談を受けています！

- ・家での入浴が難しくなってきた方
- ・家から外に出たがらない方
- ・ご家族が就労のため、家で一人になってしまう方
- ・趣味活動を探しておられる方

サービス導入までの流れ

ご相談→体験利用→契約

※体験は無料となっております。食事や入浴をすることもできます。

（体験の際の入浴は事業所によります。）

多職種みなさんに知っておいて欲しい事

できること：大体のことは対応しています。

できないこと：送迎が困難な場所、遠方の方



11) 通所リハビリテーション（デイケア）

こんな仕事をしています！！

デイケアでは機能訓練、レクリエーション、入浴介助、食事介助、身体介助を多職種で連携して利用者を支えています。

サービスを受けられる対象者は？

- ・要支援 1～2、要介護 1～5 の認定を受けていること
- ・主治医から「リハビリテーションが必要である」という指示や診断があること
- ・自宅で生活していること

こんな相談を受けています！

- ・リハビリをして歩けるようになりたい
- ・入浴したい
- ・家族の負担軽減

サービス導入までの流れ

相談・検討→見学・体験→主治医への確認・指示書の発行→事前面接
→サービス担当者会議→契約・ケアプラン確定→利用開始

多職種のみなさんに知っておいて欲しい事

- ・できること：理学療法士、作業療法士といった専門職が医学的根拠に基づいてリハビリを行います
- ・できないこと：「デイケア」では「機能回復」を目的とした場所です
「預かり」を目的とした利用はできません
また、同一時間帯に他のサービスの併用もできません
- ・アピールしたいこと：リハビリ専門職による評価
生活に直結する訓練



12) 短期入所生活介護（ショートステイ）

こんな仕事をしています！！

- 生活支援： 施設に短期間入所する利用者へ、入浴・排せつ・食事などの介護を提供します。
- 心身のケア： 健康管理や機能訓練、レクリエーションを通じて心身機能の維持を図ります。

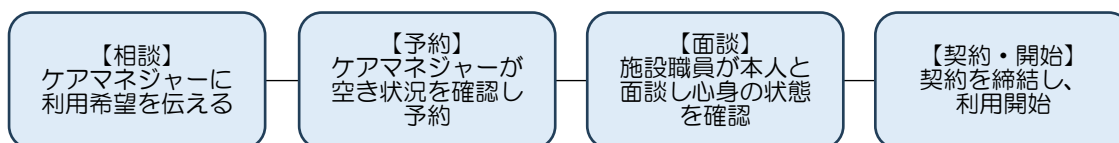
サービスを受けられる対象者は？

- 要介護者： 要介護 1～5 の認定を受けた方。
- 要支援者： 介護予防サービスとして利用可能。
- 目的： 家族の冠婚葬祭、病気、または介護疲れ（レスパイト）などの理由で利用できます。

こんな相談を受けています！

- ・急な用事： 「数日間、外出するので家族を預かってほしい」
- ・休養： 「介護に疲れたので、短期間リフレッシュしたい」
- ・体験利用： 「将来の施設入所に向け、集団生活に慣れさせたい」

サービス導入までの流れ



多職種のみなさんに知っておいて欲しい事

- ・できること： 24 時間の専門的介護と、家族の介護負担軽減（レスパイト）
- ・できないこと： 31 日以上連続利用や医療処置が高度なケースの対応（施設による）
- ・アピールしたいこと： 在宅生活を継続するための「攻めの休息」として、早期の利用検討を推奨しています。



13) サービス付き高齢者向け住宅

こんな仕事をしています！！

サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）とは、高齢者が安心して生活できるよう、自宅に近い環境で生活の続けながら「住まい」と「見守り」を組み合わせた住居です。

- ・安否確認
- ・食事提供
- ・生活相談
- ・緊急時の対応
- ・生活全般の支援や見守り

入居者様やご家族、関係機関との連携を図りながら体調変化や生活課題の早期発見、必要時の医療・介護のサービス調整を行っています。ご本人の生活スタイルを大切にしながら、介護サービスを組み合わせ「自宅に近い環境」で安心して暮らせ

サービスを受けられる対象者は？

主に60歳以上の方、または要介護・要支援認定を受けている高齢者。

→介護が必要な場合は、訪問介護・通所介護・訪問看護・福祉用具貸与など、介護保険サービスを組み合わせて生活。

※施設ごとに受け入れ条件（医療依存度・認知症の程度など）は異なり、個別相談となる場合があります。

こんな相談を受けています！

「一人暮らしが不安になってきた、難しくなってきた」

「退院後、自宅での生活に不安がある」

「認知症などで、家族だけでは支えきれない、家族の介護負担が大きい」

「食事や服薬管理に不安がある」

「介護サービスを使いながら、見守りのある環境で生活したい」

「施設入所までの住まいを探したい」

「終の住処として検討したい」

「在宅生活を安全に送りたい」

「夜間の緊急時対応が不安」

ご本人・ご家族だけでなく、病院の医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、地域包括支援センター等から生活全般に関するご相談をいただいております。

Next



サービス導入までの流れ

- ・相談、問い合わせ（電話・来所・紹介）
↓ ご本人、ご家族、医療機関、ケアマネジャー等
 - ・状況確認、情報共有
↓ 介護度、医療状況、生活状況、ご本人や家族の希望の確認、多職種との情報共有等
 - ・見学、面談
↓ 住環境や生活イメージの確認
 - ・入居判定、契約
↓ 安全に生活できるかを確認し、契約手続き
 - ・入居準備
↓
 - ・サービス調整、入居開始
必要に応じて介護・医療サービスの導入
- ※ケアマネジャー、医療機関、地域包括支援センター等と連携しながら支援を行います。

多職種のみなさんに知っておいて欲しい事

- ・できること：
安否確認や見守り 生活相談 食事提供 緊急時対応
他サービスとの連携調整 安心して生活できる住環境の提供
- ・できないこと：
常時の介護・医療行為 医療機関のような治療
入所施設のような24時間の介護配置（施設による）
介護保険サービス以外の専門的支援
※必要な介護・医療については外部サービス利用が基本となります。
- ・アピールしたいこと：
サ高住は「施設」ではなく“住まい”であることが大きな特徴です。
「施設」と「自宅」の中間的な住まいとして、比較的自由度が高く、在宅生活に近いその人らしい暮らしができます。入居後もケアマネジャーを中心に多職種・他機関との連携しながら支援できます。「自宅は不安だが、施設入所には早い」「退院先に悩んでいる」ケースなど、早期相談により、よりスムーズな支援につながり、本人、家族に合った生活環境を一緒に検討できます。



14) 地域包括支援センター

こんな仕事をしています！！

- ・ 地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、介護だけでなく生活や権利擁護など、幅広く様々な相談に応じ、関係機関との調整を行いながら、適切なサービスの利用につなげています。
- ・ 他に要支援・事業対象者のケアマネジメントや地域への普及啓発を行っています。

サービスを受けられる対象者は？

- ・ 65 歳以上の高齢者・40 歳～64 歳までの特定の疾病がある方

こんな相談を受けています！

- ・ 介護予防サービスの利用、生活相談、介護に関する相談、高齢者虐待や成年後見制度の利用などの権利擁護相談など

多職種のみなさんに知っておいて欲しい事

- ・ 3 職種（保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー）がいます。
- ・ 担当のケアマネジャーがいない方、気になる方など、相談があれば訪問します。
- ・ よろず相談所ですが、お金を預かったり、買い物したり、救急車に同乗はできません。



知っていますか？安芸いかの会

安芸いかの会は、ワールド・カフェのメンバーから協力者を募り結成したワーキングチームです。連携ツール作成や医療と介護の連携推進に向けて、取り組みを続けています。

安芸いかの会としての活動は、H29年2月より会議を積み重ねており、年に2回程度開催し、連携ツールの開発・ワールド・カフェや講演会・多職種連携勉強会の開催へ向けた協議を行っています。今回は、府中町版の多職種連携ガイドブックの作成を行いました。

メンバー構成は、府中町内の医療機関・介護事業所・安芸郡4町の地域包括支援センターがメンバーとなっています。



「安芸いかの会」名前の由来

「医療と介護の連携推進」を図る目的なので、「医療」の「い」「介護」の「か」を取って、「いか」(笑)...

また、安芸郡4町のメンバーなので、「安芸」をつけて、「安芸いかの会」となりました。

＜安芸いかの会に関連する研修会・住民向け講演会＞

- 1) ワールド・カフェ in 府中町 (年1回)
- 2) 多職種連携勉強会 (年2回程度)
- 3) 住民向け講演会 (随時)



＜安芸いかの会 事務局＞

府中町地域包括支援センター ☎ 082-285-7290
FAX 082-285-7292

安芸いかの会 安芸府中スマイルガイドブック

ワーキングチームメンバー

	医療機関名・事業所名	職種	氏名
1	益田眼科	医師	益田 徹
2	府中みくまり病院	医師	石橋 健一
3	向洋駅前心療クリニック	医師	西山 聡
4	なんば内科クリニック	医師	難波 将史
5	ちくいえクリニック	医師	築家 秀和
6	新谷歯科医院	歯科医師	新谷 宏規
7	こばと薬局	薬剤師	田辺 由美
8	マツダ病院 地域連携センター	社会福祉士	山原 丈佳
9	府中みくまり病院	看護師	鳥羽 和江
10	安芸地区医師会府中町訪問看護ステーション	看護師	堀川 章代
11	居宅介護支援事業所チェリーゴード石井城	主任介護支援専門員	原田 千恵
12	山崎病院居宅介護支援事業所	介護支援専門員	前田 和隆
13	小規模多機能ホームなだの郷府中	介護支援専門員	三苫 悦子
14	ニチケアセンター矢賀	主任介護支援専門員	河野 恵子
15	居宅介護支援センターふれあい	主任介護支援専門員	三浦 輝美
16	府中町社会福祉協議会 地域福祉係	生活支援コーディネーター	畠山 実佳
17	府中町高齢介護課	課長補佐	末信 彰洋
18	府中町高齢介護課	保健師	大原 典子
19	府中町地域包括支援センター	管理者	瀧島 邦枝
20	//	保健師	内田 友美
21	//	保健師	川毛 志穂
22	//	主任介護支援専門員	目片 優子
23	//	社会福祉士	奥田 悠太
24	//	保健師	東條 愛子

会議開催期間 令和8年2月～5月

参考にさせていただいた資料

- ・ 連携ハンドブックかなざわ～みんなでささえる医療と介護～（横浜市金沢区）
- ・ 在宅療養 多職種連携ガイドブック（鹿沼市）

最後に

このガイドブックは、多職種の皆様のご意見により改善していくものとなっております。
ご意見やご感想がございましたら、是非、事務局までお願いいたします。

ホームページからガイドブックを ダウンロードできます！！

府中町地域包括支援センターホームページ・府中町ホームページからPDF版のガイドブックがダウンロードできます。

<府中町地域包括支援センターHP>

→ <https://akifuchu-shakyo.jp/pages/43/>

<府中町 HP>

→ <https://www.town.fuchu.hiroshima.jp/life/3/26/147/>

探してね

朝パッ君を探そう！！

府中町の健康応援団長「朝パッ君」がこのガイドブックの中に6か所に隠れています。どこにいるでしょう？！



安芸府中スマイルガイドブック （令和8年8月発行）

発行：安芸いかの会

問い合わせ：＜安芸いかの会 事務局＞

府中町地域包括支援センター

〒735-0023

広島県安芸郡府中町浜田本町5番25

（マエダハウジングふれあい福祉センター内）

TEL (082) 285-7290 FAX (082) 285-7292

E-mail: houkatu@akifuchu-shakyo.jp